FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-MÉNINGITES HYSTÉRIQUES

(SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 JANVIER 1893

PAR

Michel-Joseph-Paul-Louis-Jean BRUGÈRE

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine

Né à Monpont (Dordogne), le 4 mai 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président,*
ARNOZAN,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	
AUCHÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-MÉNINGITES HYSTÉRIQUES

(SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 JANVIER 1893

PAR

Michel-Joseph-Paul-Louis-Jean BRUGÈRE

Elève de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine

Né à Monpont (Dordogne), le 4 mai 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président,*
ARNOZAN,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	
AUCHÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE.....
MERGET.....
AZAM.....
} Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Chimie.....	DENIGÈS.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

PSEUDO-MÉNINGITES HYSTÉRIQUES

(SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC)

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans les hôpitaux, nous avons eu l'occasion d'observer une malade ayant présenté deux fois des phénomènes méningitiques d'origine hystérique. Frappé de la difficulté que pouvait souvent présenter le diagnostic, nous avons pensé qu'il y aurait peut-être quelque intérêt à faire de l'étude des pseudo-méningites hystériques le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons point la prétention de faire une étude complète de cette forme de la grande névrose, mais nous voulons tenter simplement de mettre en garde les praticiens inexpérimentés contre l'existence de ces méningites, quelquefois en apparence si semblables aux méningites tuberculeuses, mais si différentes cependant par leur pronostic toujours bénin.

Nous divisons notre sujet en :

Historique,

Symptomatologie,

Diagnostic,

et nous terminons en relatant les diverses observations déjà publiées, auxquelles nous en ajoutons une nouvelle. Nous avons laissé le traitement de côté, c'est celui de l'hystérie en général, et il n'entre pas dans notre plan de traiter un pareil sujet.

Nous avons eu souvent recours à la bienveillance de nos maîtres de la Faculté de Bordeaux; que nos juges aujourd'hui nous permettent de leur demander encore toute leur indulgence.

C'est un devoir bien agréable pour nous de dire publiquement à M. le professeur agrégé Chambrelent combien nous lui sommes reconnaissant des marques d'intérêt qu'il nous a toujours prodiguées et de l'assurer de notre plus respectueuse sympathie.

Que M. le professeur Picot veuille bien agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

La pseudo-méningite hystérique n'a pas une très longue histoire. Les livres anciens n'en font pas mention et avant que Charcot et ses élèves ne fussent venus éclairer par leurs études et leurs patientes recherches les phénomènes si nombreux et sicomplexes de l'hystérie, cette manifestation méningitique de la grande névrose était absolument inconnue. Sydenham avait bien entrevu et avait écrit en passant que dans l'hystérie certaines malades souffraient beaucoup de la tête ; mais il n'avait attaché aucune attention à ce symptôme particulier. Il en est de même de Briquet. Anstié *(Lancet*, décembre 1872 et janvier 1873) fait le premier une allusion assez directe à des accidents méningitiques dans l'hystérie ; mais il n'ajouta pas grande importance à cette remarque et ne la décrivit pas d'une façon spéciale.

C'est M. le professeur Arnozan qui, le premier, en 1873, publia dans la *Gazette médicale de Bordeaux* une observation du syndrome clinique qui nous occupe ; il décrit cette affection sous le titre d' « attaque d'hystérie à forme méningitique ». Après une observation très longue et très détaillée, dans laquelle tous les symptômes sont décrits avec un soin minutieux, il discute le diagnostic, et après avoir éliminé la méningite tuberculeuse et l'hydrocéphalie aiguë, il rattache les signes observés à l'hystérie.

La même année et dans le même journal, M. Rousseau-Saint-Philippe, argumentant le travail de M. Arnozan, fait

paraître deux observations où, chez des jeunes filles hystériques, en présence des symptômes céphalalgie, vomissements, le diagnostic de méningite aiguë fut porté, mais une guérison rapide et complète, la marche de la maladie, vinrent montrer au médecin qu'il s'était trompé et que tout le cortège symptomatique alarmant que l'on avait observé était sous la dépendance de l'hystérie.

Pendant dix ans, rien de nouveau ne parut et le cas de Boissard, en 1883, publié dans l'*Encéphale*, vint nous montrer, par l'erreur de diagnostic commise, combien la question était encore peu connue, combien peu l'attention des médecins était attirée de ce côté-là. On pensa à une méningite tuberculeuse ; mais la cessation complète des phénomènes ordinaires au bout de huit jours, l'état général de la malade excellent, même pendant toute la durée des accidents méningitiques, montra que l'on s'était trompé et l'observation parut sous le titre de « Pseudo-méningite hystérique dans l'hystérie ».

Huchard et Axenfeld publient la même année, dans le Traité des névroses, une observation qui, par son étiologie nouvelle, mérite d'attirer l'attention. C'est chez une hystérique, mais au déclin d'une fièvre typhoïde, qu'apparurent les accidents méningitiques. La cause véritable était-elle la dothiénentérie ? C'est fort peu probable, étant donnée la marche des accidents ; l'amélioration rapide des phénomènes graves du début, permet, d'une façon certaine, de ranger cette observation parmi celles de pseudo-méningite hystérique.

En 1885, Dalché publia, dans la *Gazette médicale de Paris*, 17 janvier, un nouveau cas qui présenta ceci de particulier, que, contrairement à ce qui se passe habituellement, la température s'éleva plusieurs fois au-dessus de la normale et atteignit même 38,8. Bien que l'existence de la fièvre hystérique soit très controversée, il nous paraît cependant indéniable,

après ce qu'ont écrit Barié, Bertholle, Briand, Debove et Hale-White, qu'elle existe et le cas de Dalché est doublement intéressant.

Chantemesse, dans sa thèse sur « la méningite tuberculeuse de l'adulte », Paris, 1884, publie deux observations où on retrouve la céphalalgie, les vomissements, mais pas de température. Une de ses observations est particulièrement intéressante. Elle montre la difficulté du diagnostic de la méningite vraie et de la pseudo-méningite hystérique. La marche seule des évènements, la mort presque fatale dans le premier cas, la guérison certaine dans le second, permettent seules de fixer les idées sur la nature du mal.

Reynaud, en 1886 *(Loire médicale),* relate encore une erreur de diagnostic. C'est une pseudo méningite hystérique guérie au bout de neuf jours, qui fut prise pour une méningite tuberculeuse et justement parce que là, encore, on observait de la fièvre, 38,3, et un pouls rapide, 105, mais régulier.

Jusqu'ici, ce n'étaient que des cas isolés, que chaque observateur avait publiés. Macé, en 1888, résume tout ce qui a paru jusque-là et essaye de construire un cadre nosologique. Il fait une analyse assez succincte des symptômes et exquisse une pathogénie qui satisfait très peu l'esprit.

En 1891, M. Pitres, dans ses leçons cliniques sur l'hystérie, publie deux observations nouvelles. La première, à proprement parler, ne rentre pas complètement dans le cadre de notre sujet, et les symptômes observés se rattachent plutôt à la méningo-encéphalite chronique qu'à la pseudo-méningite. Mais le second cas reproduit très bien le syndrome clinique de l'affection qui nous occupe.

L'observation de Sollier, en 1891 *(France médicale)*, va nous montrer que les accidents méningitiques dus à l'hystérie peuvent aussi se rencontrer chez les jeunes enfants. Il

s'agissait d'une petite fille de 5 ans et demi, et malgré les stigmates classiques de la névrose, on pensa, à cause du jeune âge, à une méningite tuberculeuse. La suite des événements montra l'erreur de diagnostic.

Ollivier relate aussi un cas de pseudo-méningite hystérique chez une fillette de six ans. On pensa à une méningite tuberculeuse et ce cas de guérison fut publié à cause même de sa rareté; mais une étude consécutive plus approfondie de la malade montra la nature hystérique du mal.

En 1892, M. Tuja, interne des Hôpitaux de Lyon, lut à la Société de médecine de cette ville une observation très longue et très complète de cette affection; mais, dans ce cas, le diagnostic était relativement facile, étant donnée la netteté des accidents hystériques accompagnant la pseudo-méningite chez sa malade. Mais, M. Tuja étudie à ce propos-là un point très intéressant; il dosa à plusieurs reprises les phosphates urinaires. Gilles de la Tourette et Cathelineau avaient, en effet, observé dans les attaques d'hystérie une inversion de la formule des phosphates urinaires. Les conclusions de ces deux auteurs ne sont pas admises par tout le monde. Tuja, cependant, qui fit faire soigneusement l'analyse des urines, considérant la pseudo-méningite comme un état de mal hystérique, arriva aux mêmes conclusions que les deux auteurs précités.

Tels sont, nous le croyons, les seuls travaux parus en ce moment sur la question. L'observation que nous ajoutons, recueillie dans le service de M. le professeur Picot et qui nous a donné l'idée de ce travail, nous paraît aussi digne d'être publiée.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique de la pseudo-méningite hystérique ne s'éloigne pas beaucoup de celui de la méningite vraie. Après une période plus ou moins longue dans laquelle les modifications du caractère viennent seuls attirer l'attention, éclatent brusquement les phénomènes violents qui caractérisent la maladie. On est appelé, en général, auprès d'une malade peu avancée en âge, qui a été prise subitement de vomissements et de céphalalgie intense ; ces vomissements sont verdâtres, bilieux, sans nausées, c'est une sorte de régurgitation. La céphalalgie est continue, avec exacerbation passagère, provoquant souvent des cris hydrencéphaliques. Si l'on recherche les antécédents héréditaires, on voit chez les ascendants, presque toujours du moins, une tare névropathique. La malade elle-même a présenté souvent déjà des signes manifestes d'hystérie.

Du reste, de nouveaux symptômes sont facilement découverts. La fièvre est un phénomène rare, inconstant, et lorsqu'elle existe, elle n'atteint jamais un degré très élevé. Le pouls est le plus souvent normal. La raie méningitique est facilement décélée.

Les muscles sont contracturés et l'on observe de la raideur de la nuque.

Le délire arrive bientôt. Il peut présenter divers caractères, mais c'est le délire doux qui prédomine.

On ne trouve rien du côté du poumon et du cœur. En pré-

sence de ces symptômes, pour peu que les antécédents héréditaires et personnels ne soient pas connus, on pense immédiatement à une méningite tuberculeuse.

Mais la maladie continue. Malgré la gravité apparente des symptômes, l'état général reste bon. L'amaigrissement ne se produit pas. Puis, peu à peu, lentement ou très vite, suivant les cas, les phénomènes rétrocèdent et la malade guérit, au grand étonnement et à la satisfaction des parents et du médecin.

Telle est, en résumé, l'évolution de la pseudo-méningite hystérique. Mais à côté du type le plus fréquent que nous venons de tracer, que de formes, que de variétés !

Pour faire une histoire complète de la symptomatologie, nous allons reprendre chaque symptôme, l'étudier avec soin et discuter sa valeur séméiologique.

1° *Prodromes.* — La période prodromique de la pseudo-méningite hystérique est très variable comme durée, peut faire quelquefois complètement défaut et ne présente, à proprement parler, aucun symptôme caractéristique. Le changement de caractère est rapporté par la plupart des observateurs. Sous l'influence d'une cause psychique, d'une émotion vive, d'une préoccupation quelconque, la malade, c'est le plus souvent une femme, devient triste et maussade, irascible, s'emporte pour une cause futile, recherche la solitude. Ce début n'a pas une valeur diagnostique de grande importance; on le rencontre dans la méningite tuberculeuse et, de plus, la maladie qui nous occupe peut, nous l'avons dit, arriver d'une façon différente. Tantôt, l'éclosion en est déterminée par une maladie antérieure (obs. V et obs. II), tantôt les accidents débutent brusquement, sans que rien soit venu attirer l'attention.

D'autres fois, enfin, les modifications sont si légères ou l'at-

tention si peu attirée du côté de la malade que tout passe inaperçu jusqu'au moment où éclatent les accidents violents.

Parmi ceux-ci, il en est qui, du premier coup, attirent l'attention, ce sont les vomissements et la céphalée.

Les vomissements n'ont pas de caractère spécial; ils se rapprochent beaucoup de ceux que l'on observe dans la méningite vraie. Ils se produisent brusquement, sans effort et sans nausée, c'est plutôt une régurgitation qu'un vomissement.

Les matières vomies consistent en un liquide bilieux, verdâtre, mélangé à des mucosités. La fréquence des vomissements est variable; ils peuvent se succéder à intervalles très rapprochés; cependant, en général, ils ne se produisent pas en très grand nombre dans la journée. Ils constituent un phénomène constant, et n'ont aucune importance au point de vue du diagnostic.

La céphalalgie est également un symptôme constant; elle peut occuper l'occiput ou les bosses frontales; mais elle siège dans cette région le plus fréquemment. Elle est continue, diurne aussi bien que nocturne, s'exaspérant souvent à la suite d'une impression sensitive ou sensorielle; elle arrache parfois à la malade des cris plaintifs analogues aux cris hydrencéphaliques décrits par Coindet dans la méningite tuberculeuse.

La fièvre fait le plus souvent défaut; on la rencontre néanmoins dans quelques cas (obs. I, II, III, VI, IX, X, XI). Mais l'hyperthermie n'atteint jamais un degré très élevé. On note 38° dans la plupart des observations; mais le point extrême de 39,2 a été rarement atteint.

L'irrégularité du pouls a été notée (obs. I). On a signalé son ralentissement (obs. IV, VI, IX).

On l'a vu, au contraire, précipité (obs. VII, X).

Mais, dans la majorité des cas, il ne présente rien de particulier.

La paralysie vaso-motrice que l'on a signalée dans la plupart des observations, nous explique l'apparition de la raie méningitique à la suite d'une pression linéaire faite sur la peau. A tous ces symptômes vient se joindre le délire que l'on observe dans la majorité des cas. Ce délire est doux le plus souvent; cependant, dans le cas signalé par Tuja (obs. XVI), la malade était tellement excitée que l'on fut obligé de recourir à la camisole de force.

Les troubles de la sensibilité générale sont assez fréquents; on a noté la généralisation de l'hyperesthésie; en sorte que l'on provoque une douleur très vive au moindre attouchement. Nous ne parlerons pas encore des plaques anesthésiques que l'on retrouve chez ces malades, signes précieux de la nature névropathique de l'affection que l'observateur doit chercher à découvrir.

Du côté des organes des sens, on observe des troubles variables, tels que photophobie, diplopie, bourdonnements d'oreilles; mais ces symptômes ne sont pas fréquents.

Du côté de l'appareil locomoteur, les désordres signalés ne sont pas nombreux.

Le coma ne se trouve relaté que dans un seul cas (obs. I); mais on a observé assez souvent des convulsions épileptiformes généralisées à tout le corps et dans presque tous les cas on signale des contractions des extrémités et de la raideur des muscles de la nuque. Quant aux paralysies, Macé nie leur existence dans sa thèse; mais, néanmoins, dans un cas (obs. XVII), nous avons vu se produire des phénomènes parétiques dans le membre supérieur et dans le membre inférieur. Ces paralysies se sont, du reste, montrées passagères et ont rétrocédé rapidement.

Les troubles psychiques sont rares; presque toujours l'intelligence paraît conservée; cependant, au plus fort des accidents,

on voit parfois la malade plongée dans une torpeur plus ou moins profonde. Des désordres plus graves ont été signalés : l'agraphie dans un cas (obs. XII), l'aphasie dans une autre observation (obs. XIII).

L'examen des viscères reste le plus souvent négatif; à la percussion et à l'auscultation de la poitrine, on ne trouve rien d'anormal du côté du cœur ou du côté du poumon; cette dernière constatation est extrêmement importante au point de vue du diagnostic. Du côté du tube digestif, indépendamment des vomissements sur lesquels nous avons déjà insisté, on note l'inappétence, l'état saburral de la langue, en même temps qu'une constipation opiniâtre et la rétraction du ventre.

La rétention d'urine, si commune chez les gens atteints de méningite tuberculeuse, n'a été observée qu'une seule fois dans l'affection qui nous occupe, c'est l'observation de Tuja dans laquelle nous la trouvons.

L'examen des urines a donné aux différents observateurs des résultats discordants. C'est ainsi que dans la majorité des cas l'urine était absolument normale, dans d'autres cas elle se trouvait chargée d'urates comme une urine fébrile. Mais, dans un cas (obs. XVI) l'analyse des urines faite d'une façon très soigneuse a indiqué l'inversion de la formule des phosphates urinaires. Cathelineau et Gilles de la Tourette ont en effet soutenu que le rapport normal entre les phosphates terreux et les phosphates alcalins, qui est comme 1 est à 3, deviendrait sous l'influence de l'état de mal (la pseudo-méningite étant assimilable à l'état de mal) comme 1 est à 2, ou même 1 à 1.

Mais, ce symptôme critérium, autour duquel il a été fait grand bruit, n'a peut-être pas la valeur que lui ont attribuée les auteurs cités plus haut, et de nombreux cas ont été publiés où l'examen des urines restait négatif, alors que le diagnostic était absolument certain.

Mais à côté des symptômes si nets de la méningite, il en est que l'on doit rechercher avec plus de soin et qui sont l'indice d'un état névropathique. Parmi ces signes, les uns sont décelés par les anamnestiques, les autres par l'examen même du malade.

Par l'interrogatoire du sujet ou de son entourage, on pourra tout d'abord se renseigner sur les antécédents héréditaires. Sans doute, l'hystérie peut se manifester sans que les ascendants soient entachés de nervosisme; mais, quand on trouve dans une même famille une série de personnes entachées d'une tare nerveuse, l'attention doit être aussitôt éveillée. On se renseignera ensuite sur l'existence antérieure de la malade, sur l'état de son caractère, on scrutera les différentes affections qu'elle a présentées. Enfin, il est un point particulièrement délicat ou difficile, sur lequel il convient d'insister; il faut savoir si l'éclosion des accidents n'a pas été provoquée par une émotion vive, un chagrin profond ou une joie intense. Notons que nous avons affaire à une jeune fille, qu'il s'agit le plus souvent de peines de cœur et que les aveux sont empêchés par la pudeur si naturelle à cet âge.

L'examen direct de la malade permettra de plus de constater des signes manifestes d'hystérie. On devra noter l'anesthésie cutanée plus ou moins étendue, le rétrécissement du champ visuel; on recherchera ensuite les zones hystériques et les zones hypnogènes; on pourra enfin recourir à l'hypnotisation pour bien étayer le pronostic.

Une fois tous ces symptômes bien établis, on pourra formuler un diagnostic, et celui-ci sera confirmé par l'évolution même de la maladie. Celle-ci, en effet, reste pendant assez longtemps stationnaire; mais, malgré la gravité apparente des symptômes, l'état général est excellent, l'amaigrissement ne survient pas et le retour à la santé se fait souvent d'une

façon très rapide, sans qu'il y ait pour ainsi dire de convalescence. Tels sont la marche clinique et l'examen critique des symptômes que l'on peut observer dans le cours de la pseudo-méningite hystérique; c'est en tenant compte de tous ces signes recueillis par une observation minutieuse du sujet que l'on arrivera à bien fixer la nature de cette affection.

DIAGNOSTIC

Il est peu d'affections que l'on puisse confondre avec la pseudo-méningite hystérique.

Les diverses encéphalopathies d'origine toxique prêteront peu à la confusion.

Dans les accidents du saturnisme, en dehors des troubles méningitiques que l'on observe parfois, on constate d'autres symptômes, tels que le liseré gingival, les coliques sèches si caractéristiques, les paralysies des extenseurs. De plus, les renseignements que l'on obtiendra sur la profession du sujet sont des renseignements complémentaires d'une grande importance, et lorsque l'on a en main tous ces éléments de diagnostic, l'erreur pourra être facilement évitée.

Les accidents cérébraux que l'on rencontre dans le cours de l'urémie ne seront pas non plus confondus avec les manifestations hystériques. Les accès convulsifs jouent un très grand rôle dans l'urémie, beaucoup plus grand que dans la pseudo-méningite. Le coma est, de plus, un accident très précoce et presque fatal dans l'urémie, tandis qu'on l'observe très rarement dans les accidents méningitiques de l'hystérie. Nous avons, du reste, pour assurer notre diagnostic, bien d'autres symptômes : recherches des troubles respiratoires, auscultation du cœur, examen des vaisseaux, analyse des urines. En un mot, nous reconnaîtrons l'artério-sclérose et ses nombreuses manifestations dans l'organisme, après quoi le diagnostic sera facilement élucidé.

Les manifestations cérébrales du rhumatisme pourront-elles nous faire hésiter longtemps? Non, quoique Gintrac et Repère aient déjà signalé depuis longtemps une forme de méningite d'origine rhumatismale, nous croyons inutile d'y insister, car, lorsque cette complication survient, elle a été déjà précédée par une série de troubles articulaires ou viscéraux qui auront attiré notre attention.

Quant à la méningite aiguë, elle se distingue de la pseudo-méningite par la brusquerie de son apparition, par la gravité de l'état général, par son hyperthermie considérable et, enfin, par son évolution rapide et fatale.

Mais il est une affection qui se rapproche beaucoup de la pseudo-méningite hystérique, c'est la méningite tuberculeuse; comme celle-ci est assez fréquente et celle-là fort rare, le diagnostic n'a presque jamais été fait et le médecin a porté presque toujours un pronostic fort grave, se croyant en présence d'une affection bacillaire. L'erreur inverse a été rarement commise; cependant, nous avons relevé dans l'excellente thèse de Chantemesse (Paris, 1884) un cas où l'on crut, au début, avoir affaire simplement à des accidents hystériques, alors que l'évolution de la maladie vint donner un démenti formel au diagnostic; malheureusement, cette observation, pour être absolument probante, manque du contrôle nécroscopique.

Il est donc de la plus haute importance de chercher à établir un diagnostic précis.

Pour y arriver, nous avons : 1° les renseignements que peut nous fournir la connaissance antérieure de notre malade; 2° les signes particuliers à chacune de ces affections.

La constatation de l'hystérie chez une malade aura une grande importance et deux cas peuvent se présenter : ou bien on a affaire à une hystérique avérée, ou bien on ne connaît pas la malade. Dans ce cas, le diagnostic est beaucoup plus difficile,

et c'est dans cette circonstance que toutes les erreurs de diagnostic ont été commises. Il est donc de toute nécessité de bien scruter les maladies antérieures, et si l'on trouve quelque chose de suspect dans les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, il convient de rechercher les stigmates dont nous avons parlé plus haut.

L'examen de la malade permet encore de constater si oui ou non elle est tuberculeuse; ce point a également une grande importance.

Nous savons en effet que chez l'adulte,la méningite tuberculeuse est pour ainsi dire toujours secondaire; si donc on constate dans le poumon, dans les autres organes, dans les os ou les articulations, des affections tuberculeuses en voie d'évolution, on doit songer à une généralisation de la maladie. Si l'on ne trouve pas au contraire de tubercule, il faut repousser l'idée d'une méningite tuberculeuse.

Une fois ces données recueillies, on devra tenir compte des symptômes propres à chaque affection. Nous avons vu dans notre précédent chapitre qu'il existait dans la pseudo-méningite hystérique des signes très fréquents, propres à cette affection. L'absence d'hyperthermie est fréquente dans ce cas, tandis qu'au contraire elle est rare dans la méningite tuberculeuse; c'est donc un signe d'une haute importance.

Nous avons vu quels étaient les caractères du pouls, il est le plus souvent normal; dans la méningite tuberculeuse, au contraire, le pouls est souvent précipité, sauf à une période de l'affection où, malgré une température assez élevée, le pouls est ralenti (fièvre dissociéee de Jaccoud).

Il faudra tenir compte encore de l'état général du malade. Nous avons vu, en effet, que, dans la pseudo-méningite hystérique, malgré les vomissements parfois assez abondants, l'amaigrissement ne survenait pas; dans la méningite tuber-

culeuse, nous voyons, au contraire, se produire une émaciation rapide du sujet en rapport avec la gravité des symptômes généraux.

Il est, de plus, des signes particuliers à la méningite tuberculeuse et dont la constatation suffit pour écarter la pseudo-méningite hystérique.

L'examen de l'œil à l'ophtalmoscope permet de voir des tubercules sur la choroïde; quand il reste négatif, on ne peut rien en conclure; mais quand il est positif, on peut affirmer la nature tuberculeuse de la méningite.

Enfin, la paralysie des muscles de l'œil, produisant soit du strabisme, soit de la diplopie, est un signe que l'on n'observe pas dans la pseudo-méningite.

Quand on aura réuni tous ces symptômes, quand on aura examiné leur valeur séméiologique, on se trouvera en droit d'affirmer son diagnostic.

Celui-ci se verra confirmé par l'évolution même de la maladie. Nous savons, en effet, que, dans la pseudo-méningite, les symptômes s'amendent brusquement et la guérison, si rare dans la méningite tuberculeuse, viendra récompenser les efforts du médecin.

OBSERVATION I

(Arnozan. *Gaz. méd.*, Bordeaux, 1873).

Attaque d'hystérie à forme méningitique.

Le 26 décembre 1872 on apportait à l'hôpital Saint-André une jeune fille de 16 ans, privée de connaissance, de mouvement et de sensibilité. Cet état comateux datait de la veille. Il était survenu brusquement à la suite de quelques prodromes. En effet depuis 15 jours environ, la malade, dont la santé jusqu'alors avait été excellente, se plaignait de maux de tête, de cons-

tipation opiniâtre et de vomissements qui tendaient à devenir incurables. Chez elle en outre la menstruation ne s'établissait qu'avec difficulté. Tels étaient ses seuls antécédents morbides, quand le 25 décembre elle tomba subitement comme foudroyée et dès ce moment elle resta dans le coma où elle était plongée à son entrée à l'hôpital.

La sensibilité est abolie sur tous les points du corps : ni pincèments ni piqûres ne peuvent déterminer un mouvement réflexe, provoquer une expression quelconque de douleur. Les conjonctives mêmes sont insensibles. L'anesthésie est absolue et générale.

Du côté de la motilité, c'est la résolution musculaire qui domine; les membres sont complètement inertes et demeurent dans la position où on les place. Cependant à des intervalles d'ailleurs assez éloignés, le mouvement revient aux membres inférieurs. Les jambes sont alors fléchies sur la cuisse quelquefois d'une façon permanente. La contracture peut aussi s'observer dans les muscles de la nuque, à l'orbiculaire des paupières, dans les masséters.

Les organes des sens sont aussi paralysés, celui de la vue surtout. Les pupilles insensibles à l'action de la lumière sont complètement immobiles, inégales, presque toujours cachées derrière la paupière supérieure. Il y a du strabisme tantôt convergent, tantôt divergent.

L'intelligence est abolie comme les autres facultés ; la malade n'a ni hallucinations, ni délire ; elle ne parle pas, mais le coma présente quelques interruptions de courte durée qui se reproduisent toujours dans les mêmes circonstances, à la suite de deux ou trois inspirations profondes ; la face habituellement pâle, se congestionne, les yeux s'ouvrent et la malade pousse un cri inarticulé, unique, prolongé, un cri hydrencéphalique. Elle peut alors pendant quelques instants manifester diverses sensations, se mouvoir, reconnaître les personnes qui l'entourent, comprendre les questions qu'on lui adresse, mais bientôt elle retombe dans le coma.

Les fonctions de nutrition ont cessé, la constipation persiste. La contracture habituelle des masséters empêche de faire prendre à la malade des médicaments ou des aliments, sauf dans les courts instants qui suivent les cris hydrencéphaliques.

La respiration est régulière, assez lente. Elle se fait librement ; l'auscultation du poumon ne révèle aucun phénomène anormal ; il n'y a pas d'indice de tuberculose. Le pouls est irrégulier, intermittent, piquant ; il est petit et dépressible. La peau est chaude ; il y a un peu de fièvre, mais la température est peu élevée 38,2. Le désordre de la circulation capillaire s'accuse à la facilité avec laquelle on reproduit la raie méningitite. Ajoutons enfin, que la peau de l'abdomen présente une éruption marbrée, d'une couleur rouge brique assez pâle et que le ventre est rétracté.

Un traitement antiphlogistique est appliqué : 8 sangsues aux apophyses mastoïdes, et le lendemain glace sur la tête et calomel fracta dosi. Mais tous les symptômes persistent, et la constipation ne cède que plus tard à un lavement purgatif. Le 29 décembre, il y avait, le matin, un peu d'amélioration, mais, le soir, les symptômes reparurent avec la même intensité. La température, il est vrai, dépasse à peine le degré normal, 37,8, mais le pouls est plus petit et plus irrégulier que jamais. La face est congestionnée. Quelques cris hydrencéphaliques viennent rarement interrompre le coma, et les intervalles où la malade recouvre un peu de sensibilité et de motilité sont de moins en moins fréquents. On applique 12 sangsues, et on prescrit un purgatif drastique. Cette médication spoliatrice fait tomber la malade dans un collapsus profond ; pâleur des téguments, pouls filiforme, inspirations courtes et nombreuses. Vomissements, rétractions du ventre. Insensibilité et résolution complètes.

Dès ce moment, la maladie poursuit sa marche avec la plus grande irrégularité, elle est surtout caractérisée par des phénomènes de dépression, de la somnolence et du coma, mais jamais de délire; de l'insensibilité, mais nulle part de l'hyperesthésie; de la résolution musculaire, mais rarement des contractures. On ne constate pas de mouvements fébriles. Le pouls conserve toujours les mêmes caractères et oscille entre 80 et 112 pulsations. La température ne dépasse pas le chiffre qu'elle a atteint dès le début; elle est quelquefois plus élevée le matin que le soir et, d'une façon à peu près constante, l'aggravation des symptômes généraux coïncide avec l'absence ou la faiblesse de la rémission matinale. Le traitement consiste toujours en antiphlogistiques ou révulsifs.

Le 2 janvier, le coma qui, la veille, paraissait moins profond, avait complètement disparu.

Dans la nuit, l'écoulement menstruel avait commencé.

La malade s'était réveillée comme au sortir d'un sommeil naturel. Elle était en pleine possession de ses facultés. Elle voit, elle entend, elle parle. Seulement, elle est encore abattue et se plaint d'une douleur à l'épigastre, d'une céphalalgie intense.

Le lendemain, les règles ont cessé, mais la convalescence s'accentue; il y a quelques douleurs épigastriques et frontales.

La température est abaissée, 36,8, mais le pouls se relève, devient régulier. L'appétit renaît, la rétraction du ventre et l'éruption disparaissent.

Quelques accidents retardent encore la guérison : stomatite, vomissements, douleurs hystériques, boule et clou, rachialgie. Mais tout danger disparaît bientôt.

Les forces se rétablissent graduellement et la guérison s'achève.

OBSERVATION II

(Saint-Philippe).

M. V..., 17 ans, bonne constitution mais molle et lymphatique, réglée à 14 ans, menstrues abondantes durant 5 à 6 jours. Santé d'ailleurs généralement bonne, pas d'hérédité nerveuse. Cette jeune fille, fiancée depuis quelques mois déjà, malgré son extrême jeunesse, vit retarder son mariage par suite d'obstacles imprévus. Ce contre-temps retentit sur son humeur qui devint noire. Le 15 mai 1870, elle se trouvait dans une période ménorrhéique quand, à la suite d'une promenade fatigante et par un temps humide, elle fut prise d'une douleur aiguë dans les muscles du cou et du dos : en même temps les règles se suspendirent. Le soir apparut une *fièvre assez intense*. Le lendemain les douleurs deviennent fort vives le long de la colonne vertébrale, il y a céphalalgie. Puis arrivent des vomissements

bilieux, de la constipation, le rétrécissement des pupilles, des soubresauts dans les tendons, du délire, des spasmes, de légères convulsions.

Rien au cœur, rien aux poumons, rien au ventre. Le pouls est petit, fréquent, régulier, mais la peau est très modérément chaude. La matinée est calme et l'exaspération vespérale très marquée. La sensibilité s'exalte, plusieurs points hyperesthésiques, à l'estomac entres autres.

On porte le diagnostic de méningite aiguë et on prescrit le traitement antiphlogistique, mais les accidents nerveux redoublent; tandis que la vue et l'ouïe sont surexcités l'odorat est presque totalement aboli; on insiste sur les antiphlogistiques. La malade tombe dans le collapsus. Le pronostic devient fatal.

Lorsque trois jours après l'amélioration survient. Il resta une grande faiblesse, des étourdissements, une lourdeur de tête et des spasmes des muscles du bras gauche. Mais le mariage eut lieu et depuis 4 ans la santé ne s'est pas démentie.

OBSERVATION III

(Saint-Philippe).

M^lle M.... fut prise à 19 ans de tous les symptômes d'une méningite, je me dispense de les énumérer. Il me suffit d'établir qu'il y eut ici les mêmes alternatives d'excitation et de dépression. Un jour la malade fut si mal que le médecin prédit un dénouement fatal, ce qui ne l'empêcha pas de persister dans l'emploi des antiphlogistiques auxquels il avait eu recours dès les premiers jours. Cependant et contre toute attente les phénomènes s'amendèrent insensiblement et la malade guérit. Mais deux mois après éclatèrent des attaques d'hystérie à grand spectacle. Le tableau fut complet. La douloureuse affection dura plus d'un an; puis le calme se fit peu à peu et ce grand orage s'éteignit. Les chagrins qui minaient cette jeune fille purent être heureusement dissipés, et à l'heure qu'il est il ne reste plus que des accidents nerveux insignifiants.

OBSERVATION IV

(Boissard, *France médicale*, 15 février 1883).

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie.

La nommée Ch..., âgée de 45 ans, entre le 10 février dans le service de M. le Dr Rigal.

Cette malade présente des antécédents de tuberculose; sa mère serait morte phthisique à l'âge de 35 ans. Elle-même a perdu ses deux enfants qui seraient morts de méningite. Il y a trois ans, elle a commencé à tousser un peu et à cracher quelques filets de sang.

Il y a huit jours, elle a été prise d'une céphalalgie frontale très intense, avec vomissements alimentaires; ces vomissements sont faciles et offrent tous les caractères du vomissement cérébral; ils se produisent après chaque ingestion des aliments et persistent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. A la visite du soir, nous trouvons la malade dans le décubitus dorsal, légèrement abattue, mais se plaignant vivement de la tête; elle pousse quelques cris plaintifs en disant : « Ma tête! ma tête! »

Intelligence nette, pupilles un peu contractées et retard de la sensibilité. Ventre légèrement aplati, constipation depuis six jours. Pouls régulier, mais petit et un peu fréquent (52 pulsations). Température 37°. Examen des poumons négatif quant à la tuberculose. On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Pendant cinq jours, ces phénomènes vont en augmentant; la céphalalgie temporo-frontale est très intense, les vomissements et la constipation persistent, la prostration s'accentue de plus en plus, et la malade ne sort de sa torpeur que pour se plaindre de la tête, et pousser quelques gémissements plaintifs; le pouls, toujours régulier, tombe à 48, mais la température ne s'élève jamais au-dessus de 37,4.

Traitement : Vésicatoire à la nuque, glace sur la tête, potion iodo-bromurée.

Le sixième jour, la prostration diminue un peu, la céphalalgie est moins violente et le pouls remonte à 60; une selle; cependant, le ventre reste encore aplati ; les pupilles dilatées paraissent réagir faiblement à la lumière. Analgésie complète en certains points des membres supérieurs; intégrité de la sensibilité dans les membres inférieurs. Dans les jours qui suivent, l'amélioration s'accentue chaque jour, la céphalalgie disparaît, le pouls remonte à 72, le ventre n'est plus aplati, les vomissements et la constipation ont disparu. Persistance des troubles de la sensibilité sur le bras droit qui présente des plaques d'anesthésie.

La malade reste ainsi près d'un mois dans le service, offrant de temps en temps des reprises de céphalalgie accompagnée de torpeur intellectuelle. Puis, l'amélioration paraissant définitive, la malade est envoyée au Vésinet où elle fait un séjour de quinze jours.

A la sortie du Vésinet, la malade vient nous voir, ne se plaignant plus que d'un peu de céphalalgie.

Huit jours après, la malade est prise de douleurs dans les quatre membres, avec difficulté considérable pour marcher, et revient alors nous revoir avec une aphonie presque complète survenue à la suite de contrariétés.

En même temps, elle se plaint d'oppression avec sensation de boule qui menace de l'étrangler. Céphalalgie, mais absence de vomissements et de constipation. Pouls régulier à 78.

Anesthésie complète du voile du palais; pas d'ovaralgie, mais *hémianesthésie de tout le côté droit*. L'aphonie disparaît au bout de sept jours, mais l'hémianesthésie droite persiste avec sensation de froid et de fourmillements dans les pieds.

Chaque matin, la malade est envoyée à la douche et, au bout de deux semaines, elle demande à sortir, conservant toujours son hémianesthésie à droite.

OBSERVATION V

(Huchard. Traité des névroses, 1883).

Accidents pseudo-méningitiques au cours d'une fièvre continue bénigne.

Une jeune fille de 16 ans entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde légère; dès le second jour, on constate sur toute la surface cutanée une hyperesthésie telle qu'on ne pouvait toucher la peau de cette malade sans éveiller une vive douleur; si l'on ajoute à cela que les apophyses épineuses cervico-dorsales étaient extrêmement douloureuses et qu'un état de paralysie vaso-motrice de la peau permettait de tracer facilement sur elle des lignes rouges analogues aux taches dites méningitiques, on comprendra que dans ce cas l'on pouvait et l'on devait d'abord croire à la probabilité d'une complication grave du côté des centres nerveux. Ce fait se rapprochait en effet par certains côtés des cas rapportés par Fritz dans sa thèse inaugurale sur les *Symptômes spinaux de la fièvre typhoïde* et reproduisait assez fidèlement quelques-uns des accidents méningitiques si bien décrits par ce savant observateur.

Mais cependant, dès le premier jour, ces symptômes d'apparence grave contrastaient singulièrement avec la bénignité de la maladie, avec le peu d'élévation de la température, avec l'absence de contracture, de raideur du cou et de douleur de tête, etc. La fièvre typhoïde évoluait régulièrement, la diarrhée était modérée, le ventre légèrement météorisé et l'état de stupeur peu appréciable.

C'est alors qu'en rapprochant ces symptômes *pseudo-méningitiques* de l'état nerveux de la malade, qui se manifestait de temps à autre par des pleurs sans motif, par des phénomènes de strangulation et de constriction pharyngée, par certaines bizarreries de caractère, par des troubles ataxiques absolument anormaux, j'émis l'idée que l'hystérie jouait un grand rôle dans cet état et que le pronostic avait seulement l'apparence de la gravité. Enfin, durant la convalescence, les accidents hystériques s'accusèrent davantage; et, chose singulière, l'hyperesthésie disparut complètement

pour être remplacée par une anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche avec hyperesthésie ovarienne du même côté. Cette ovaralgie devenait ainsi un élément de diagnostic et séparait nettement cette hémianesthésie hystérique de certaines hémianesthésies d'origine probablement congestive dont M. Calmettes a relaté, il y a plusieurs années, quelques cas dans le cours ou à la fin de la dothiénentérie.

OBSERVATION VI

(Dalché. *Gaz. méd.* Paris, 1885).

Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique.

La nommée D..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 21 novembre 1884, salle Sainte-Anne, n° 18, dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse.

Antécédents personnels : Cette jeune femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, elle a perdu abondamment pendant ses périodes menstruelles.

Depuis trois mois environ, elle se sentait mal à l'aise, sans appétit, en proie à une lassitude générale.

Trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a craché le sang.

Il y a trois jours, elle a été subitement prise d'un point de côté violent, avec mal à la tête, quelques frissons et de la diarrhée.

20 novembre : Elle délire toute la journée et vomit une fois pendant la nuit :

Le 21 novembre : La malade entre à l'Hôtel-Dieu. La physionomie est profondément abattue. Elle se plaint d'une céphalalgie intense et de vertiges continuels à tel point que la station debout est impossible. Ses pupilles sont moyennement dilatées et elle accuse très nettement de la diplopie. Bourdonnements d'oreilles, langue saburrale.

Le point de côté est toujours aussi douloureux et cependant l'auscultation ne dénote rien d'anormal, mais le phénomène dominant de l'appareil respi-

ratoire est une toux presque incessante. Toutes les 15 ou 20 secondes, la malade fait entendre une petite toux sèche, sans expectoration et, de temps à autre, sa poitrine est soulevée par des mouvements spasmodiques ressemblant à du hoquet ou à des nausées.

Pas de vomissements depuis hier.

La pression réveille la douleur dans toute la colonne vertébrale, surtout à la nuque, dans la région splénique, dans la région ovarienne gauche et de l'hyperesthésie des cuisses.

Pas de raie méningitique.

Au cœur : Souffle, anémique à la base ; les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées ; le visage est pâle.

T. S., 38,2. Le pouls est peu fréquent.

22 novembre : La malade a passé la nuit sans sommeil et son état est le même. Interrogée, elle répond qu'elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie, mais qu'elle est d'un tempérament très nerveux et que, fréquemment, elle est étouffée par une boule qui lui remonte à la gorge.

On lui donne : Musc, 0,02 ; belladone, 0,01.

Trois pilules semblables par jour.

Temp. : M., 38,2 ; S., 38,8.

23 novembre : La toux a cessé. Temp. : M., 37,2 ; S., 38,6.

27 novembre : Depuis son entrée, la malade a été constipée. Aujourd'hui elle a de la diarrhée. La température s'est toujours maintenue entre 37,4 le matin et 38,2 le soir.

30 novembre : La malade a ses règles en avance de huit jours.

Elle va mieux, mais ne peut se lever.

Encore de la céphalalgie, des vertiges, de la diplopie, mais beaucoup moins de bourdonnements d'oreilles.

La sensibilité à la pression de la colonne vertébrale, de la région splénique, de la cuisse n'existe plus.

6 décembre : La diplopie disparaît.

7 décembre : La température s'élève brusquement et cette recrudescence de la fièvre coïncide avec une angine assez douloureuse.

10 décembre : Quelques vésicules d'herpès apparaissent sur le pilier droit du voile du palais.

12 décembre : Il n'y a plus de fièvre, et le 20, la malade sort absolument guérie.

OBSERVATION VII (résumée).

CHANTEMESSE (Th. Paris, 1884).

Méningite tuberculeuse propable à forme insolite prise d'abord pour une fièvre hystérique.

Le 12 décembre 1877, j'ai été appelé chez Mme F...

Aucune hérédité nerveuse, mais la malade est très facile à impressionner, très irritable, fiévreuse et agitée dans tout ce qu'elle fait. Je l'ai déjà soignée pour dyspepsie avec gastralgie et souffrances utérines que j'ai considérées comme de l'hystéralgie avec, peut-être, quelques poussées congestives. La maladie actuelle a débuté le 10 décembre par malaise, frissonnements et mal à la tête.

Quand je la vis, je constatai un mouvement fébrile net, pouls 188, céphalalgie totale, pression de la tête peu douloureuse, anorexie complète, insomnie complète, intelligence très nette. Je pensai à un embarras gastrique et ordonnai un vomitif.

Le 14 décembre, la situation n'a pas changé; la malade a vomi mais n'est pas soulagée. Je pensai alors à une grippe anormale et prescrivis de la quinine.

15 décembre : Légère amélioration; le pouls est tombé à 92.

16 décembre : Les symptômes du début reparaissent; la douleur de la céphalalgie s'est localisée au niveau du sinciput. La pression est douloureuse au sommet du crâne où il y a une sorte de clou hystérique. La malade a des pandiculations, des bâillements répétés.

L'idée de fièvre hystérique surgit dans mon esprit.

Je supprime d'abord le sulfate de quinine, puis toute médication en me contentant d'une bonne alimentation.

Jusqu'au 20 décembre, aucune amélioration ni aucune aggravation. Rien n'est changé dans l'état de la malade.

Ce jour-là, on vient me chercher en toute hâte en me disant que la malade était mourante. On me raconte qu'à 4 heures du matin, elle a senti son ventre se gonfler et l'étouffement se produire; elle avait de la sueur et les mains froides. Je ne découvris rien d'aggravant et je pensai à une attaque de dyspnée hystérique.

Le soir la malade était revenue dans le même état que la veille, T. 38,4, P. 100.

A partir du 22 décembre, un nouveau phénomène vient s'adjoindre, le délire, qui prend la forme mélancolique. Elle se lamente, se désespère, dit qu'elle va mourir.

Les urines examinées décèlent de l'albumine et du sucre.

Le 24 décembre : La malade ne se plaint plus, elle paraît indifférente au monde extérieur, fait tout ce que l'on veut et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Pouls très irrégulier et très rapide, 120 à 130 pulsations.

Le facies est altéré et amaigri, le regard indifférent, mais l'intelligence n'est pas abolie puisqu'elle peut lire sur une montre l'heure qu'il est.

M. Lasègue, appelé en consultation, pense à une méningite subaiguë à forme exceptionnelle et porte un pronostic grave.

Le 25 décembre : Même délire incohérent, alternance de mutisme et d'agitation légère. Aucune paralysie. Les yeux sont injectés, la face rouge.

Le 28 décembre : Aggravation sensible, prostration, abattement, même délire, pouls entre 130 et 144. Ventre météorisé, congestion hypostatique aux deux bases des poumons.

M. Gubler, appelé en consultation, porte le diagnostic de méningite avec un foyer plus accentué dans le bulbe.

Le 29 décembre : Tous les symptômes s'aggravent et la malade meurt dans la journée.

OBSERVATION VIII

(Chantemesse. Thèse 1884).

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie. — Crises de céphalalgie arrachant des cris violents. — Vomissements pendant plusieurs jours. — Ralentissement du pouls. — Température normale. — Guérison.

La nommée H.... (Berthe), domestique, âgée de 20 ans, entre le 2 janvier 1883 dans le service de M. le Dr Rigal.

Elle est d'une apparence assez forte, bien réglée, et n'accuse aucune maladie antérieure. Jamais de crises d'hystérie convulsive; mais elle éprouvait de temps à autre une sensation de boule qui lui montait du ventre à la gorge. Elle a de plus une petite toux sèche.

Quinze jours avant son entrée, elle remarqua que les aliments qu'elle prenait avaient tous une saveur fade ou plutôt qu'ils n'avaient aucune espèce de saveur.

Le 26 décembre, sans cause appréciable, elle fut prise tout-à-coup d'un mal de tête excessivement intense. Il lui semblait que le front était serré dans un étau. Bientôt survinrent des vomissements se répétant 7 ou 8 fois par jour, dès qu'elle prenait un peu de nourriture ou de boisson. Les douleurs de tête étaient tellement vives qu'elles empêchaient tout sommeil, toute alimentation et arrachaient des cris.

A son entrée, on constate ce qui suit :

La malade est dans un état de faiblesse et de prostration profondes; cependant, elle répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Le facies est pâle ; les lèvres sont décolorées, le regard éteint, les sourcils froncés, le front est contenu dans la main droite.

La langue n'est pas saburrale. Le ventre est un peu rétracté, insensible à la palpation. Pas de tache méningitique bien nette. Vomissements bilieux assez fréquents depuis hier. Perte complète de l'appétit. Le pouls est à 60. T. 37°.

3 janvier : La malade n'a pu dormir; plusieurs fois dans la nuit elle a

poussé des cris : « Oh ma tête ! Oh ma tête ! » Trois vomissements ; même facies qu'hier. Le pouls est à 54. T. 37°.

Mais on remarque certains troubles de la sensibilité qui amènent M. Rigal à faire des réserves sur le diagnostic tout d'abord porté de méningite.

Il existe sur les deux membres inférieurs des plaques d'insensibilité, ou plutôt d'analgésie; à leur niveau, on peut enfoncer profondément une épingle sans que la malade accuse autre chose qu'une sensation de contact. Au bout de quelque instants, la sensibilité revient sur les endroits piqués. Pas d'ovaralgie. Sensibilité génitale conservée. Hémianesthésie de la face à droite. Le goût et la sensibilité générale de la langue sont complètement abolis. L'ouïe, la vue et l'odorat sont intacts. Ipéca et tartre stibié. Le soir, le mal à la tête a diminué. Le pouls est à 60. T. 37°.

6 janvier : Depuis l'administration du vomitif, les vomissements n'ont pas reparu. Le facies est meilleur, mais la céphalalgie, quoique moins forte, revient cependant par crises très douloureuses.

Le pouls est à 60. T. 37°.

12 janvier : Les troubles de la sensibilité périphérique, la céphalalgie ont disparu.

Le goût est revenu. Le pouls est à 72. T. 37°.

18 janvier : La malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION IX (résumée).

(Reynaud. *Loire médicale*, 1886).

Jeune fille, 15 ans.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Aucun antécédent névropathique dans sa première enfance.

Au bout de quelques jours de malaise, à la suite d'une contrariété, apparurent la céphalalgie, les vomissements, le délire, on observait la raie méningitique.

Enfin la fièvre s'allume, mais la température n'atteint jamais un chiffre très élevé, 38,3.

On porta le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Pendant 8 jours les phénomènes alarmants restèrent avec la même intensité et la terminaison paraissait fatale.

Lorsque le 9me jour subitement la malade guérit.

OBSERVATION X

(Macé).

Accidents pseudo-méningitiques chez une hystérique.

La nommé Aug..., Louise, infirmière, âgée de 24 ans, entre le 25 septembre 1885, salle Lorain, lit n° 6, dans le service de M. le Dr Lancereaux, à l'hôpital de la Pitié.

Rien chez les ascendants. Un de ses frères a eu une maladie de cœur. A l'âge de 7 ans, elle a commencé à avoir des attaques convulsives (?) qui ont cessé complètement à 19 ans, époque de l'établissement des règles.

Il y a trois ans, elle est entrée dans le service de Vulpian pour des accidents choréiformes s'accompagnant d'une photophobie qui l'a forcée à porter longtemps des lunettes bleues.

Dans ces dernières années, à plusieurs reprises, aphonie nerveuse complète, survenant et disparaissant brusquement.

Dans les quelques jours qui ont précédé son admission comme malade dans la salle, elle a souffert de malaise, perte d'appétit, agitation nocturne.

Le matin, quand nous la voyons, nous constatons un état fébrile très marqué, avec symptômes généraux d'apparence grave. Temp. 39.5. Peau chaude, moite. Pouls régulier, mais petit et très rapide.

La malade a le visage turgescent, congestionné, les yeux fermés, elle ne peut ouvrir les paupières à cause d'une photophobie intense. Sa tête est renversée en arrière par le fait d'une contracture des muscles de la nuque. Céphalalgie violente. Insomnie traversée par des cris. La malade manifeste

de l'agitation et pousse des gémissements si l'on fait du bruit autour d'elle ou si l'on dirige un rayon de lumière sur son visage. Le ventre est rétracté. Constipation absolue ; on constate une raie méningitique très nette. Degré assez accentué d'hyperesthésie généralisée. Réflexes rotuliens peu modifiés.

L'examen clinique des autres organes est purement négatif. Rien au cœur, rien aux poumons, rien dans l'urine. Les membres inférieurs et les côtes présentent des marques non équivoques de rachitisme.

En présence de ces symptômes on porte le diagnostic de *méningite tuberculeuse*. Sangsues aux apophyses mastoïdes. Administration de calomel à doses réfractées.

Le lendemain et les jours suivants, l'état général de la malade reste à peu près le même. Elle est abattue, prostrée; les sourcils froncés, le visage hostile. Elle garde toujours la même hyperesthésie sensorielle et une vive céphalalgie, ce qui la fait porter continuellement les deux mains à sa tête. La température oscille entre 38,4 et 39,5 maximum, qu'elle n'a jamais dépassés. Le pouls reste très fréquent entre 100 et 110.

Pupilles contractées, mais égales. Pas de paralysie oculaire. A cinq ou six reprises différentes, vomissements bilieux, verdâtres, se produisant sans efforts, de quantité moyenne, ayant toute l'apparence de vomissements d'origine encéphalique. La respiration n'est pas troublée un seul instant, et le rythme n'en est pas modifié.

Le pronostic porté reste des plus graves. Le diagnostic de méningite tuberculeuse semble absolument confirmé. On continue la médication par le calomel.

Six jours après le début des accidents, nous trouvons un matin la malade dormant paisiblement d'un sommeil naturel. Quand on la réveille, elle garde les yeux demi-ouverts ; elle ne paraît plus se plaindre de la tête. La température est à 38°. La nuque est encore raide.

L'idée d'accidents hystériques vient alors pour la première fois à l'esprit. Nous trouvons une hémianesthésie sensitive sensorielle complète de tout le côté droit, de l'anesthésie pharyngée, un rétrécissement manifeste du champ visuel à droite.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue, la fièvre disparaît avec les autres symptômes, la malade reprend de la gaîté et de l'appétit, mais quand elle veut se lever, elle s'affaisse sur le parquet.

Les phénomènes pseudo-méningitiques ont fait place à une paraplégie qui disparaît elle-même au bout de quelques jours.

12 octobre : La malade quitte son lit complètement guérie et reprend quelques jours après son service d'infirmière.

Nous avons pu l'observer depuis et sa santé est restée parfaite jusqu'au milieu de janvier. A cette époque, sans cause occasionnelle appréciable, elle fut prise à nouveau du même ensemble de phénomènes morbides que nous avons déjà décrit. L'apparition des accidents fut précédée comme la première fois d'une courte période de malaise mal défini.

Le 18 janvier elle prit de nouveau le lit avec une fièvre vive et tout l'appareil des symptômes d'une méningite tuberculeuse. Instruit par une première expérience, on porta cette fois le diagnostic de fièvre hystérique avec phénomènes nerveux pseudo-méningitiques et l'on se contenta de purger la malade.

Le 1er février elle quitta le service en parfait état de santé.

OBSERVATION XI

(Macé).

Accidents pseudo-méningitiques chez une hystérique, à l'occasion d'une vaginite blennorrhagique.

La nommée D... (Marie), âgée de 25 ans, cuisinière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lorain, n° 13, le 27 février 1886, dans le service de M. le Dr Lancereaux.

Les *antécédents héréditaires* de cette femme sont sans intérêt. Son père est mort de la variole à 33 ans. Elle a encore sa mère qui est en bonne santé. Pas de sœurs; un frère bien portant.

Il y a treize jours, cette femme a été prise au milieu de la nuit d'un vio-

lent mal à la tête, qui lui arrachait des cris assez aigus pour qu'elle ait réveillé tous ses voisins. Elle compare les douleurs qu'elle éprouvait à des coups de marteau. Dès le lendemain, elle avait une fièvre intense, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, elle avait de l'agitation, du délire et sautait de son lit pour courir dans sa chambre. Pendant neuf jours, on a été obligé de la veiller. Le médecin qui la soignait en ville l'a purgée à trois reprises, sans parvenir à vaincre une constipation opiniâtre.

Actuellement, elle se plaint d'une céphalalgie intolérable ; elle garde les deux mains appuyées sur son front. Toute cette nuit, ses voisines de la salle n'ont put dormir à cause des cris qu'elle poussait. Elle s'écrie à chaque instant : « Ma tête! ma tête! » Elle a la tête légèrement renversée en arrière, le front plissé, l'air anxieux, les paupières fermées par le fait d'un ptosis volontaire ; elle ne peut se décider à les ouvrir complètement à cause d'une vive photophobie ; les pupilles sont contractées, mais égales ; pas de paralysie oculaire.

Si l'on veut faire asseoir la malade sur son lit, elle pousse des cris violents ; on la soulève tout d'une pièce ; raideur très marquée de la tête et du cou.

Langue saburrale à bords rouges et secs ; lèvres et dents légèrement fuligineuses. Ventre rétracté ; la constipation persiste toujours.

Pas de raie méningitique.

Réflexes normaux. Légère contracture en extension des membres inférieurs.

Respiration fréquente. Rien à l'auscultation. Cœur normal ; pas d'hypertrophie de la rate. Rien dans les urines. Pouls régulier à 88. T. 38,6.

On note en plus l'existence d'une hyperesthésie généralisée. La malade accuse une vive douleur à la moindre pression ; elle a de plus une vive hyperesthésie sensorielle, la lumière lui fait mal, le moindre bruit provoque de petites secousses des membres supérieurs.

On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse.

On prescrit l'application de six sangsues à la nuque et 0,20 centigr. de calomel en 10 paquets.

1er mars : Même état, la malade délire légèrement et prononce des phrases sans suite.

On remarque que sa chemise est empesée de taches verdâtres dues à un écoulement vaginal assez abondant. Dans l'aine, du côté droit, on sent une adénite légèrement douloureuse. Même traitement.

2 mars : La nuit a été mauvaise ; la malade a crié et déliré sans relâche ; de temps en temps, elle poussait de grands cris de frayeur.

Même hyperalgésie, même raideur de la nuque. T. 38,8.

3 mars : La malade a eu deux selles cette nuit. Elle va beaucoup mieux. Les lèvres et les dents ne sont plus sèches et ne présentent plus trace de fuliginosités.

La douleur de tête est beaucoup moindre. La malade peut s'asseoir sur son lit. Le cou est encore raide, mais moins douloureux. Elle souffre surtout au niveau des épaules.

Le pouls est régulier, petit, peu fréquent. T. 37,4.

La malade a eu ce matin un vomissement peu abondant, constitué presque uniquement par des matières alimentaires.

4 mars : L'amélioration s'accentue. Encore un peu de raideur du cou. Nouveau vomissement présentant les mêmes caractères que celui de la veille, mais plus abondant. Plus de fièvre ; pouls régulier. Atténuation de l'hyperalgésie. La malade est allée à la selle ; son appétit est revenu, elle demande à manger.

5 mars : La malade a dormi d'un sommeil régulier, interrompu seulement par deux ou trois cris. Ce matin, nous la trouvons assise sur son lit ; elle est gaie, son état général paraît excellent.

Nous apprenons que depuis l'âge de dix-huit ans la malade est sujette à des crises assez espacées d'hystérie convulsive. Anesthésie pharyngienne. Pas de zone hystérogène. Pas d'hémianesthésie.

6 mars : Au spéculum, la malade offre tous les signes d'une blennorrhagie aiguë. La vulve est rouge, boursouflée, il s'en écoule un pus épais et verdâtre. L'introduction du spéculum est impossible, en raison d'un vaginisme intense. Ce qu'on voit de la muqueuse vaginale est rouge, injecté ; l'extrémité

du doigt, introduite dans le vagin, fait sourdre une goutte de pus de l'urèthre.

Injections chaudes au sublimé. 6 capsules de santal.

10 mars : La malade sort en bonne santé, conservant seulement un écoulement vaginal.

OBSERVATION XII

(Pitres. Leçons sur l'hystérie).

Accidents hystériques simulant une méningo-encéphalite chronique.

Elise X..., âgée de 13 ans, est une jeune fille grande, forte, bien constituée quoique non encore menstruée.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais. Son grand-père maternel est mort d'ataxie locomotrice. Sa grand'mère maternelle s'est suicidée dans le cours d'une maladie mentale. Sa mère est sujette à des accidents hystériques.

Elle-même a eu dans son enfance des terreurs nocturnes fréquentes et vers l'âge de 8 à 9 ans elle a commencé à souffrir de temps en temps de vomissements opiniâtres qui persistaient pendant des périodes de plusieurs semaines. Ces vomissements avaient lieu très peu de temps après les repas et ne contenaient que des aliments. Ils survenaient sans cause connue et disparaissaient de même; dans leurs intervalles, l'enfant paraissait très bien portante.

En 1888, Elise fut placée en pension. Elle y passa l'année sans être malade, travaillant modérément et n'ayant qu'à se louer de l'affabilité de ses maîtresses et de la bonne amitié de ses compagnes. Pendant les vacances elle n'éprouva aucune contrariété sérieuse. Le 3 octobre 1884, elle quitta sa famille sans regrets excessifs. Elle paraissait même, au dire des personnes qui la virent, enchantée de reprendre le cours de ses études. Le lendemain, elle fut très gaie et ne se plaignit d'aucun malaise. Le 5 octobre, à 3 heures de l'après-midi, au milieu d'une classe, elle perdit tout à coup connaissance et resta inerte, sans convulsions ni contractures pendant une demi-heure environ.

Cet accident se reproduisit à peu près chaque jour, pendant les 10 jours suivants, entre 3 et 4 heures de l'après-midi. Un médecin distingué, M. le Dr Bernard, qui a été témoin, raconte que l'enfant était, pendant ces accès, dans un état de résolution musculaire complète, sans qu'il survint le moindre changement dans la coloration de la face, dans le pouls, dans les mouvements respiratoires. Elle semblait dormir; la figure était calme, les paupières fermées. Aucune excitation ne pouvait la faire sortir de cet état. L'accès finissait brusquement, comme il avait commencé, et la petite malade déclarait qu'elle n'avait aucune conscience de ce qui venait de se passer.

Dans l'intervalle de ces pertes de connaissance, Elise souffrait continuellement de la tête; de plus, on ne tarda pas à s'apercevoir que ses membres inférieurs s'affaiblissaient notablement. A partir du 15 octobre, elle fut obligée de garder le lit. Les pertes de connaissance devinrent plus fréquentes et s'accompagnèrent de convulsions générales très violentes. Les deux pieds et les mains devinrent raides, contracturées; des îlots d'anesthésie et d'hyperesthésie se montrèrent sur différents points du corps. L'état général restait cependant assez bon. Il n'y avait pas de vomissements, pas de fièvre. Le pouls était régulier, l'intelligence nette.

Dans le courant du mois de décembre, la maladie parut s'aggraver. Les maux de tête devinrent plus pénibles. Le pouls fut, à diverses reprises, trouvé lent (48 pulsations) ou irrégulier. Enfin, la malade perdit en quelques jours la mémoire. Les attaques convulsives, de plus en plus fréquentes, se reproduisaient de six à dix fois par jour.

Ces symptômes persistèrent sans atténuation pendant toute l'année 1885. Les parents d'Elise étaient désolés et découragés; ils se décidèrent cependant, sur mes instances, à faire entrer leur enfant à l'hôpital (dans le service des dames payantes) où nous pûmes l'observer tout à loisir pendant les premiers mois de 1886. Elle avait alors régulièrement cinq ou six attaques convulsives chaque jour. Chaque attaque s'annonçait par un malaise spécial et par des hallucinations. La petite malade devenait triste, maussade; elle disposait elle-même de son mieux les coussins placés sur son lit, puis elle attendait, les yeux fixes, l'explosion des convulsions. Au début de l'attaque,

elle voyait souvent, disait-elle, de petits monstres rouges où diversement colorés qui venaient piétiner sur le côté gauche de son corps. Alors, sa tête s'inclinait vers le côté gauche; elle poussait quelques gémissements étouffés, ses membres étaient pris d'une raideur tétanique générale et elle perdait connaissance. Des convulsions cloniques violentes suivaient la phase tonique. Elles duraient une dizaine de minutes et n'étaient pas suivies d'hypnose post-convulsive.

Dans l'intervalle des attaques, la malade présentait des symptômes permanents, sensitifs, moteurs et psychiques, d'une grande importance pour le diagnostic.

Les troubles sensitifs étaient représentés par une céphalalgie constante et très pénible. Toute la tête était douloureuse et le cuir chevelu était le siège d'une hyperalgésie si marquée qu'il était impossible de peigner la malade. En outre, on constatait une analgésie complète de tout le côté malade (côté droit du corps), et une hyperalgésie légère de tout le côté gauche. Les organes des sens étaient affectés, les uns d'hyperesthésie (odorat et ouïe du côté droit), les autres, d'hyperesthésie (œil gauche). Il existait en outre un léger strabisme interne de l'œil droit, avec diplopie intermittente.

Du côté de la motilité, on trouvait : 1° une contracture permanente des trois derniers doigts de la main gauche. Les phalanges de ces doigts étaient dans l'extension forcée, les phalangines et les phalangettes dans la flexion, ce qui donnait à la main la forme de la griffe cubitale. Les mouvements volontaires des doigts contracturés étaient impossibles, ceux du pouce et de l'index étaient conservés; 2° une contracture permanente très marquée de tout le membre inférieur gauche, avec déviation du pied en dehors et une contracture légère du membre inférieur droit, sans déviation du pied. Les masses musculaires des deux mollets étaient très amaigries ; celles des cuisses et des membres supérieurs étaient normales.

L'intelligence avait subi une perturbation bien singulière qui ne doit pas être commune, car je ne me souviens pas d'en avoir jamais observé d'autre exemple : Elise avait perdu le souvenir de la lecture, de l'écriture, de la musique, de tout ce qu'elle avait appris ou connu antérieurement au début

de sa maladie; elle ne pouvait dire son âge, ni le nom de ses frères; elle avait oublié toutes les personnes et toutes les choses qui n'étaient pas constamment sous ses yeux.

Elle parlait cependant avec une très grande facilité et il était manifeste que l'amoindrissement de sa mémoire n'était pas l'effet d'une déchéance progressive des facultés intellectuelles.

Son caractère était resté vif, enjoué; elle était affectueuse pour les personnes qu'elle voyait tous les jours et qui lui témoignaient de l'intérêt. Elle s'amusait ordinairement à habiller une poupée, ce qu'elle faisait avec un sentiment très juste de coquetterie, ou à coller sur un album des images lithographiées dont elle choisissait les sujets et harmonisait les couleurs avec un goût irréprochable.

Avec tout cela, l'état général était bon. La petite malade mangeait peu, mais régulièrement; elle ne vomissait jamais. Le sommeil était souvent troublé par des cauchemars. Pas de fièvre, pas d'irrégularités du pouls.

OBSERVATION XIII

(Pitres).

Accidents hystériques simulant une méningite tuberculeuse.

Jeanne Desp..., âgée de 17 ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 13 novembre 1889.

C'est une grosse fille blonde, d'un tempérament très lymphatique et d'une culture intellectuelle peu soignée.

Ses parents sont bien portants. Ils ont eu huit enfants, mais ils en ont perdu quatre en bas-âge, l'un du croup, les trois autres de méningite.

Elevée à la campagne, Jeanne D..., a joui jusque dans ces derniers temps d'une bonne santé. Dans le courant de 1889, un de ses frères, âgé de 12 ans, a été atteint de méningite tuberculeuse. Elle l'a soigné pendant toute sa maladie et a assisté à ses derniers moments. Ce spectacle l'a vivement émue. Après la mort de son frère, elle est devenue triste, rêveuse,

fantasque, irritable. Cependant, elle ne souffrait de rien, et ses parents attribuaient au seul chagrin les modifications qu'ils constataient dans son caractère.

Les choses restèrent dans cet état pendant trois mois. Au bout de ce temps, Jeanne fut prise subitement d'un mal à la tête violent accompagné de vomissements, de constipation opiniâtre et de délire. Je ne sais pas au juste quel diagnostic porta le médecin traitant, mais je suppose qu'il ne songea pas à l'hystérie, car il fit raser la tête de la petite malade et prescrivit de larges frictions sur le cuir chevelu avec de l'huile de croton tiglium en même temps qu'il ordonnait à l'intérieur du calomel à doses fractionnées.

Sous l'influence de ce traitement énergique, les accidents s'amendèrent un peu, mais ils reparurent trois semaines après avec une grande intensité. La céphalalgie devint intolérable, les vomissements très fréquents, le pouls rapide. De plus, la malade devint sujette à des attaques convulsives et elle perdit l'nsage de ses membres du côté gauche.

C'est alors qu'on se décida à la transporter à l'hôpital.

Les symptômes qu'elle présentait à ce moment ressemblaient beaucoup, il faut bien l'avouer, à ceux d'une méningite tuberculeuse à évolution lente. Cependant je fus frappé, dès les premiers examens, de certaines discordances symptomatiques, qui me firent porter un tout autre diagnostic.

La malade était habituellement triste ; elle avait le front plissé et le regard courroucé qui s'observent d'ordinaire dans la méningite tuberculeuse. Mais elle avait conservé son embonpoint, sa fraîcheur. Elle paraissait heureuse qu'on s'occupât d'elle. Elle répondait avec une certaine vivacité aux questions qu'on lui posait et semblait à certains moments oublier complètement ses douleurs.

Ce n'est pas tout-à-fait ainsi que se présentent les vrais méningitiques Amaigris, déprimés physiquement et moralement, ils redoutent qu'on les examine, ils n'aiment pas à parler et ne se complaisent pas à décrire minutieusement leurs souffrances.

La malade se plaignait surtout d'une céphalalgie très intense, siégeant

sur le sommet de la tête et s'exagérant par le fait des mouvements, des secousses, des efforts. Elle accusait une insomnie rebelle persistant depuis plusieurs semaines. Elle vomissait plusieurs fois par jour, tantôt immédiatement après ses repas, tantôt quelques heures plus tard. Elle mangeait sans appétit, mais en somme elle mangeait. Elle était très constipée. Son ventre n'était cependant pas douloureux à la pression ; il n'était pas rétracté comme c'est de règle dans la méningite tuberculeuse.

Le pouls était petit, régulier, assez rapide : 84 à 92 pulsations par minute ; mais, fait important dans l'espèce, la température était normale. Les urines étaient claires, abondantes et ne contenaient ni sucre ni albumine.

Les membres du côté gauche étaient paralysés ; ils ne présentaient ni contracture ni exagération, des réflexes tendineux. La motilité de la face et de la langue était intacte. Il n'y avait pas la moindre paralysie des muscles des yeux qui sont le plus souvent atteints dans la méningite tuberculeuse et le plus souvent épargnés dans les hémyplégies hystériques.

De plus les membres du côté droit avaient conservé intégralement leur énergie de contraction volontaire. C'est ainsi que la main droite donnait au dynamomètre une pression de 25 kilog., ce qui représente un chiffre élevé pour une jeune fille de 17 ans.

Cette conservation de l'énergie dans les membres du côté opposé à l'hémiplégie a, à mon avis, une réelle importance diagnostique et pronostique. J'ai soutenu en 1882 que dans l'hémiplégie organique vulgaire les membres du côté prétendu sain sont toujours plus ou moins affaiblis, et que le degré de leur affaiblissement est directement proportionnel à la gravité de la maladie. (A. Pitres, Note sur l'état des forces chez les hémiplégiques, *Archives de neurologie*, 1882.) Les observations que j'ai eu l'occasion de faire depuis cette époque m'ont confirmé dans cette opinion qui me paraît aujourd'hui tout à fait démontrée.

Une autre particularité, méritant d'être notée, c'est que chez notre malade le sens musculaire était profondément altéré dans les membres paralysés. Les yeux fermés, elle ne se rendait aucun compte des déplacements qu'on

imprimait à ses membres. Or ce trouble de la sensibilité musculaire, qui est très fréquent dans les paralysies hystériques, est, au contraire, très rare dans les paralysies dépendant des lésions organiques des hémisphères cérébraux.

L'exploration de la sensibilité révélait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Cependant on constatait çà et là, sur quelques points limités du côté gauche, sur l'épaule, sur la hanche, sur la face interne de la cuisse, des îlots épargnés au niveau desquels le contact, le pincement, la piqûre étaient perçus normalement. En outre, le réflexe pharyngien était aboli et les deux champs visuels étaient rétrécis concentriquement. Les pupilles, très dilatées, réagissaient normalement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y avait pas de névrite optique, pas même d'hyperémie de la papille. Je vous ai déjà dit qu'il n'y avait pas de strabisme.

Les crises convulsives n'avaient pas le caractère des convulsions épileptiformes à type Jacksonien, qui se manifestent habituellement dans les lésions corticales du cerveau. Elles survenaient presque toujours le soir, à la même heure. Elles s'annonçaient par des fourmillements désagréables siégeant dans les membres du côté gauche. Puis survenaient des sanglots entrecoupés, des cris et de grands mouvements d'oscillation pendulaire de la tête et du tronc. La crise se terminait par une scène de pleurs. Jamais il n'y eut, pendant les convulsions, de morsure de la langue ni de miction involontaire.

Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que l'hystérie ait été étudiée d'une façon spéciale chez les enfants et qu'on ait reconnu que ses caractères sont tout à fait comparables, sauf de légères différences de détails, à ceux de l'hystérie des adultes. A part Briquet, qui avait affirmé son existence chez l'enfant, on ne commence guère à en trouver des exemples probants que dans les thèses de MM. Paris et Guiraud en 1880; de Casaubon en 1884, de Peugniez en 1885. M. Bonneville en a cité plusieurs cas, ainsi que MM. Legrand du Saulle et Char-

cot. A l'étranger, Schmidt (1880), Seeligmuller, Henoch, Schafer, Emminghaus, Jacobi en ont cité également des exemples. M. Clopatt, dans un intéressant mémoire (1888), a réuni presque tous les cas connus, auxquels il en a ajouté seize nouveaux. Toutes ces observations forment un total de 272 cas, sur lesquels on n'en trouve que 9 où l'hystérie ait débuté avant six ans.

Ces faits de début précoce sont donc encore rares et c'est ce qui nous a engagé à publier l'observation suivante, intéressante d'ailleurs à d'autres points de vue.

OBSERVATION XIV

(Paul Sollier).

Hystérie infantile à forme convulsive.

Comme antécédents héréditaires, on note : Père tuberculeux, faible d'intelligence. Mère, débilité mentale. Tante paternelle, hystérique à grandes attaques. Deux sœurs sont mortes, une de méningite, une autre de mal de Pott.

Comme antécédents personnels, on n'en peut relever aucun. Pas de convulsions dans l'enfance, aucune maladie jusqu'à ce jour. A noter cependant le surmenage physique de la mère pendant sa grossesse.

Actuellement, c'est une petite fille de 5 ans et demi bien constituée physiquement et très intelligente pour son âge. Le début de sa maladie a eu lieu en décembre 1889. Elle aurait eu peur d'une grosse souris qui aurait traversé la chambre ce qui détermina chez elle un tremblement généralisé qui dura plus d'une heure.

Le lendemain, elle présentait un ictère émotif généralisé assez intense qui dura trois jours.

A partir de ce moment, le sommeil, qui était très bon jusqu'alors, devint

agité. L'enfant se réveillait en sursaut et était prise de terreurs nocturnes. L'appétit diminuait, mais il n'y avait pas de modifications du caractère.

Le 15 avril 1890, elle présenta sa première attaque, et, depuis cette époque jusqu'en juin où je la vois, les attaques se renouvellent en augmentant de fréquence et de durée. Presque tous les jours, deux ou trois fois, il survient des attaques qui durent de deux heures à deux heures et demie.

Elles se reproduisent à heure fixe, particulièrement le soir à 7 heures et l'après-midi à 2 heures.

L'enfant sent la crise venir et avertit. Elle a une sensation de boule qui part du côté droit du ventre, remonte au cou et, arrivée là, redescend et remonte. Elle jette des cris perçants, répétant les mêmes mots pendant toute la crise.

Les quatre membres et le cou se raidissent de temps en temps, puis elle retombe dans la résolution, fait l'arc de cercle. Elle n'a ni grands mouvements classiques, ni attitudes passionnelles. Elle n'a pas de morsure à la langue, pas de miction involontaire, pas d'oubli consécutif, ni hébétude ni sommeil après l'attaque.

La sensibilité au tact et à la douleur a diminué sur toute la surface du corps, mais manifestement plus à gauche. Légère anesthésie pharyngée. Elle présente le stigmate irien de Féré (iris droit plus foncé que le gauche).

Vu le jeune âge de la malade, il est bien difficile d'apprécier le degré d'acuité auditive et l'étendue du champ visuel.

Elle est sujette à des maux de tête fréquents. Elle présente, en outre, des points douloureux, presque capables de déterminer l'attaque, d'une part entre les deux épaules et, d'autre part, dans la région ovarienne droite dont la pression détermine une légère suffocation.

Les réflexes rotuliens sont exagérés; les réflexes plantaires presque abolis, surtout à gauche.

On l'a successivement traitée pour une méningite à cause de ses cris pendant ses attaques, pour un mal de Pott et un rhumatisme à cause de son point interscapulaire. Inutile de dire que, placée dans une famille peu

intelligente qui, par les préoccupations qu'elle laissait paraître à l'enfant à l'heure ordinaire de ses crises les lui suggérait positivement et par l'exagération des soins qu'elle lui prodiguait pendant l'attaque la lui entretenait; la petite malade avait de plus en plus de crises.

Après examen de l'enfant je conseillai la seule chose qu'on ne veut jamais faire dans les familles, l'isolement absolu de l'enfant qui était devenue une manière de petit phénomène dans sa famille et le voisinage, et le comprenait parfaitement. Malgré mon conseil, on attendit encore. Mais les crises se renouvelant d'une part, l'état général de l'enfant prouvant d'autre part aux parents qu'on n'était pas en présence d'une affection cérébrale grave et même mortelle, comme on le leur avait dit, on s'y décida enfin et l'enfant fut envoyée à l'hôpital Rothschild, à Berck. Au bout de quinze jours les crises avaient disparu, et un mois plus tard j'appris que l'enfant était revenue chez elle guérie.

Comme on voit, les caractères ordinaires de la grande hystérie étaient parfaitement nets. On sait aussi que les enfants et particulièrement les petites filles présentent beaucoup plus fréquemment la forme convulsive que les formes non convulsives de l'hystérie. Notre petite malade vient confirmer cette assertion. Parmi les phénomènes autres que l'attaque qu'elle présentait, il est intéressant de noter l'ovaralgie à un âge où l'ovaire est si peu développé, où il ne fonctionne pas encore. Cette ovarite siégeait du côté opposé à l'hémianesthésie, à droite, ce qui est conforme à ce qu'on en a dit (Peugniez), elle n'affectait pas la même prédilection pour le côté de l'hémianesthésie que chez les adultes.

Je tiens à faire remarquer aussi combien des cas de ce genre peuvent dérouter un observateur non prévenu. Les douleurs de tête, les crises convulsives avaient fait porter d'abord le diagnostic de méningite. Puis à cause des points hystérogènes on avait traité l'enfant tantôt pour un mal de Pott, tantôt pour du rhumatisme. Dans ces différents cas on avait naturellement porté un pronostic très grave.

Aussi la famille ne se décida-t-elle à se séparer de l'enfant, comme je le lui conseillais, que devant la persistance des accidents et le bon état général

de la petite malade dans leur intervalle qui éloignait l'idée d'une affection grave.

Le traitement du reste vint confirmer rapidement le diagnostic et le pronostic formulés. M. Charcot est le premier qui ait montré l'influence véritablement surprenante de l'isolement dans le traitement de l'hystérie et particulièrement chez les enfants. Plus tôt il est appliqué, plus rapidement les accidents cessent. Le cas présent en est un nouvel exemple, après bien d'autres d'ailleurs, et montre qu'au lieu d'attendre, comme on le fait malheureusement trop souvent, que l'hystérie s'enracine chez l'enfant, il faut au contraire traiter, le plus tôt possible le petit malade loin de sa famille, qui constitue pour lui le plus mauvais milieu pour le soigner et le guérir.

OBSERVATION XV (résumée).

(Tuja. *Province médicale*, 26 novembre 1892).

Un cas de pseudo-méningite hystérique.

La nommée V..., âgée de 19 ans, entre dans le service de M. Carne le 1er février 1892.

Antécédents : Père alcoolique, mère névropathe; deux frères morts en bas âge, l'un de méningite tuberculeuse; un autre très bien portant.

A eu dans son enfance rougeole et dysenterie. A 14 ans, changement notable dans son caractère; migraines survenant au moment de la menstruation.

A l'âge de 16 ans, première crise. Perte de connaissance subite; grands mouvements; crise de larmes.

Etat de la malade à son entrée : Les crises d'hystérie se répétant souvent, la malade entre à l'hôpital pour y être soignée. L'examen complet révèle tous les symptômes de l'hystérie.

A partir de son entrée à l'hôpital jusqu'au 7 juin, les crises se succèdent, d'abord tous les jours, puis plusieurs fois par jour. Mais le 7 juin, à 6 heures du soir, après une crise plus violente que de coutume, la malade s'est cou-

chée sans reprendre connaissance. Elle se frappait la tête contre son traversin et se plaignait d'une violente céphalée qu'elle traduisait par un cri souvent répété : « Ma tête! ma tête! »

La malade vomit tout ce qu'on lui donne avec persistance. Pas de vomissements bilieux quand l'estomac est vide. Le lendemain, même état; pas de fièvre; excitation un peu moindre.

9 juin : Etat stationnaire, pouls normal. Vomissements alimentaires suivant rapidement l'ingestion des aliments. Perte de connaissance. La malade urine peu.

Jusqu'au 17 juin, même état, sans fièvre, avec urines rares. Vomissements; aucune apparence de cachexie. Ce jour-là, la malade a eu une série ininterrompue de crises pendant trois heures.

18 juin : La malade est vue en larmes étonnée de se trouver dans une chambre d'isolement et revêtue de la camisole. Elle n'a aucune notion du temps qui s'est écoulé depuis qu'elle a perdu la raison.

L'intellect reste ensuite normal et, malgré les vomissements qui persistent mais vont cependant en diminuant, on est en présence de mal hystérique mais non d'un état méningitique.

Les analyses des urines, pratiquées à 3 reprises, ont démontré que les conclusions de Gilles de la Tourette et Cathelineau, étaient justes. On a observé dans ce cas l'inversion de la formule des phosphates urinaires.

OBSERVATION XVI

(Picot).

A. M..., 21 ans, lingère, entre à l'hôpital Saint-André le 7 décembre 1892 salle 6, lit n° 7, dans le service du professeur Picot.

Le père serait mort rapidement d'une affection pulmonaire, au dire de la malade. Mère bien portante, a eu 8 enfants dont 6 mort-nés.

Réglée depuis 18 ans d'une façon régulière, a depuis l'âge de 4 à 5 ans des céphalalgies fréquentes. A 12 ans cette céphalée devient très intense,

jointe à des vomissements incessants et à de la constipation, elle en impose pour une méningite tuberculeuse.

La maladie dure 5 mois environ et entre temps se produit une paralysie du côté droit du corps et de l'amaurose. Ces accidents disparaissent lentement; mais la malade resta depuis très maladroite; elle prétend n'avoir jamais eu de crise de nerfs.

Il y a 4 mois, à la suite d'une vive contrariété, elle change brusquement de caractère, devient irascible et emportée au point de menacer sa mère à plusieurs reprises.

Au bout de quelques jours, elle est prise de céphalée très intense, puis de vomissements bilieux et alimentaires avec constipation; le médecin traitant pense à une nouvelle méningite, mais il n'observe ni fièvre ni caractère particulier du pouls. C'est alors que surviennent des convulsions fréquemment répétées dans la journée; celles-ci se produisent brusquement. Sans pousser un cri, la malade est agitée par des convulsions toniques, puis cloniques, généralisées à tout le corps sans affecter de prédominance particulière pour aucun côté.

Il n'y a jamais eu de miction ni de défécation involontaire; mais la malade a mordu sa langue à plusieurs reprises.

A la suite de ces convulsions, la malade est atteinte d'une hémiplégie gauche complète et simultanément d'aphasie; elle voit ces phénomènes rétrocéder et ils ont en partie disparu au moment de son entrée à l'hôpital.

L'état général paraît bon. Pas de fièvre, pouls régulier, 72 pulsations.

La malade comprend bien les questions qu'on lui pose, mais ses réponses sont embarrassées; au début, les mots sont traînants, puis semblent tout d'un coup faire défaut.

La mémoire est très bien conservée.

La sensibilité à la piqûre paraît diminuée au niveau des membres, en particulier à la partie postérieure de l'avant-bras où l'anesthésie est complète.

La vue est bonne, mais la malade ne peut pas fixer pendant longtemps le même objet; l'ophtalmoscope permet de constater l'intégrité absolue de l'œil. Le champ visuel est notablement rétréci.

L'odorat, l'ouïe, le goût, le tact, sont conservés.

La sensibilité à la température est normale.

La force musculaire est diminuée.

La pression des deux mains mesurée au dynamomètre donne 10 pour chacune d'elles. Les mains sont inhabiles, et si on fait étendre les bras, on constate un tremblement des doigts très accusé.

La marche est difficile et la fatigue survient très rapidement.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Le réflexe rotulien est exagéré.

Les réflexes pupillaire et cornéen sont normaux.

Du côté de l'appareil respiratoire, on note simplement une légère diminution au sommet du poumon gauche. L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Du côté du cœur, rien à signaler.

Les troubles digestifs ont disparu ; il n'y a pas de vomissements, l'estomac n'est pas dilaté.

Pas de trouble de la menstruation ; la pression des ovaires n'est pas douloureuse non plus que celle des seins.

On ne trouve pas de zone hystérogène.

On institue des douches comme traitement.

Les jours suivants l'état de la malade s'améliore beaucoup.

A sa sortie de l'hôpital, le 5 janvier 1893, la marche est facile ; il reste seulement un peu de bégaiement.

CONCLUSIONS

De notre travail il résulte que :

1° Les accidents de pseudo-méningite hystérique existent réellement, mais le petit nombre d'observations montre aussi leur rareté ;

2° La symptomatologie se rapproche beaucoup de celle de la méningite tuberculeuse ;

3° On peut cependant l'en différencier par la fréquence des antécédents sympathiques, le mode de début de l'affection, l'absence de fièvre, la persistance de l'état général, et surtout par l'évolution favorable de la maladie.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 18 janvier 1892,
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 janvier 1893,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Anstié. — (*Lancet*, décembre 1872 et janvier 1873). Leçons sur les maladies du système nerveux.

Barié. — Note sur un cas de fièvre hystérique. *Bulletin Soc. méd. pop.*, 23 avril 1886.

Bertholle. — Accidents nerveux, périodiques, guéris rapid. par le sulfate de quinine. *Bull. de Soc. de méd. chirurgic.*, Paris, 1868, p. 35.

Briand. — La fièvre hystérique. (*Gaz. hebd.*, 1883.)

Debove. — De la fièvre hystérique. Soc. méd. pop., 25 février 1885 et 23 avril 1886.

Hale Withe. — Fièvre hystérique. (*Lancet*, 26 février 1886.)

H. Mollière. — De la mort subite pendant la crise hystérique. (*Lyon médical*, 20 octobre 1883.)

Repère. — Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. (Th. Paris, 1883.)

Reynaud. — Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique. (*Loire médicale*, 1886.)

Pinard. — Thèse Paris, 1883.

16,892. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan 17.